

第43回 高知女子大学看護学会 講演会

「新たな看護の創造に向けて、今、何をすべきか」

東京医科大学看護学科 顧問

岡谷 恵子

今、ご紹介いただきました岡谷恵子と申します。今日は高知女子大学看護学会にお招きいただいて、このような壮大なテーマで講演をさせていただくことに感謝申し上げます。右手のほうを見ると大先輩が座っていらっしゃいます。山崎智子先生のお顔を見ますと40数年前の学生時代を思い出してしまいます。本当によく怒られておりました。私は卓球部に所属していて、試合で遠征することがあると、授業より部活動優先で、看護技術の演習も試合ですとか言って欠席するといったことがよくありました。山崎先生には試合、試合でしょっちゅういないって怒られていたのを今、走馬燈のように思い出してしまいました。そういうわけで、緊張しながら話を進めさせていただきたいと思います。

講演のテーマを「看護の創造に向けて何をすべきか」としましたが、講演内容を考えている過程で、様々な思いが錯綜し、自分の今までを振り返るような作業にもなりました。私は今年の3月に定年退職をしましたが、自分のキャリアに一つの区切りがついたことを実感しました。あっという間に過ぎ去った時間のように思えて、喪失感もあり、今までに体験したことのない、説明しにくい複雑な心境です。臨床看護実践、教育、職能団体での経験、大学院での学び、看護系大学の設立などなど色々な仕事をしてきましたが、やり切ったという感じは持てないですね。

日本看護協会に11年勤めていて、政策提言や政策変革活動などの貴重な経験をさせてもらいました。今振り返ると、その時々には、最善を尽くして、熟慮してやってきたと思いますが、あの時もっとこうしていればとか、こんなこと

も出来たらよかったのにとか、そんなことを思いつつ、この講演の準備をしていました。

■看護の起源

本日は、今、私が一番関心を持っていることを中心に話をしていきたいと思います。やろうとしてなかなかできなかったことの一つでもあります。今回の学会のテーマが「ケアとキュアの融合を刷新する」ということだったので、ケアってなんだろう、キュアってなんだろうと考えてみました。

ケアの起源と言われているのは、イラクの北東のシャニダールという洞窟から、3万年前のネアンデルタール人の遺骨が9体発見されたことに起因しています。9体の中の1体のシャニダール1号と名付けられている遺体が、ケアのルーツとして非常に注目されました。遺骨を詳細に調べて、次のことが判明しました。この遺体は、40歳くらいの身体障害者と思われる男性で、右の肩甲骨と鎖骨、それから右の上腕骨が未発達で、右の肘から下が切断されていて、左目には骨にまで達する傷があり、おそらく左目は失明していたのではないかとということ。これほどの障害がある人が、3万年前の狩猟生活が主体である社会で、一人では絶対に生きられない。この男性が40歳くらいまで生きていられたのは、集団の一員としてその人をケアする人たちがいて、そういう仲間の支えの中で生きていたのではないかとということから、この時代に「ケア」が社会集団の中に存在していたと考えられ、これが「ケア」の起源ではないかと言われています。

看護の起源(2)

「人類が洞窟生活に明け暮れる中で、小脇に抱えていたわが子のほてりに気づいた母親が、清流の水でその子の額を冷やしたり、あるいは外敵からの急襲に逃げ惑うさなかにも、傷を負い動けなくなった仲間のかたわらに、一塊の肉と一握りの食べ物をそっと置いていくといった行動を取りはじめたとき、看護はすでに行われていたと言えよう。」

W.オスラー博士による看護学校での講演
(1897年)

William Osler: AEQUANIMITAS, 3rd ed.
山内敬三監訳・仁木久恵訳：平静の心、医学書院、pp.195, 2003年

このスライドは、ウィリアム・オスラー博士が看護学校の講演で、看護の起源として述べられたことです。人類がこの世の中に誕生して、洞窟生活を送っているような原始の時代に、看護がすでに行われていたということを言っています。看護は、人々の暮らしの中に存在し、日々の生活の中の行為として現れていた。こういう行為は、人間にとって当たり前で、あまりにも自然な行為であったので、特別な教育を必要とするものではないと長い間考えられてきていたことが、看護をサイエンスとして発展させていくことを遅らせていったのではないかと思います。しかし、日々の生活の中の行為として看護が始まったということは、看護とは何か、ケアとは何かということを考える上で重要なことだと思います。

■アーユルヴェーダに見られる看護

古代インドにはアーユルヴェーダという考え方があります。アーユルヴェーダについての記述の中に、化膿性疾患を持つ患者の看護方法が書かれています。

古代インドの アーユルヴェーダに見られる看護

・化膿性疾患患者の看護方法

まず患者は療養する病室を求めなくてはいけません。しかもその病室は患者にとって推奨されるべき場所に位置してなくてはならない。このようによい位置に存在している病室は、清浄で日光の直射がなく、風に吹きさらされない。その病室に療養している患者は、身体的・偶発的・精神的な疾病にかからない。

古代インドの アーユルヴェーダに見られる看護(続き)

病室は広くして敷物を敷いた心地よい寝台を作り、頭部は東方に向け、安全のために利器を備えなければいけない。きちんと敷物が敷かれた寝台では患者は安楽に手足を動かすことができる。

患者はこの寝台に寝ていて、気のつく愛想のよい親友の世話を受けながら、意の向くままの状態であるのがよい。患者の希望にかなない言葉使いも親切な友達は、くり返し、くり返し患者を慰めながら、種々のおもしろい談話を行えば、化膿した患部の痛みを鎮めることができる。

まず患者さんは療養する病室を求めなくてはいけません。その病室は患者にとって推奨されるべき場所に位置している。良い位置に存在している病室というのは、清浄で日光の直射がなく風には吹きさらされない。病室は敷物を敷いた心地よい寝台を作って、頭部は東の方に向け、安全のために利器を備えなければならぬ。つまり、ベッド柵などをつけなさいよということも言っているわけですね。きちんと敷物が敷かれた寝台では患者は安楽に手足を動かすことが出来る。患者の希望に叶い、患者は、気の付く愛想のよい親友の世話を受けながら、意の向くままの状態であるのがいい。患者の希望に叶い、言葉遣いも親切な親友は、繰り返し、繰り返し患者を慰めながら、種々の面白い談話を楽しめば、化膿した患部の痛みを沈めることが出来る。この記述のようなケアの方法は、現在にも通じるもので、病室の換気をよくし、心地よい環境を整え、安全を保ち、患者の希望を叶えてストレスを減らし、リラックスさせることで痛みを緩和するケアが古代インドの時代にすでに明記されていました。

■仏教の経典に見られる看護

仏教の経典の中に、釈迦が優波難という弟子の信者に言った言葉として書かれていることを紹介します。病人には3種類あって、その1つは病状に適した薬物および食物をとり良い看病を受けても死ぬ人がいる。2つ目は、病状に適した薬物および食物をとらないが、良い看病を受けたために治る病人がいる。3つ目は、病状に適した薬物および食物をとって良い看病を受けないとその病人は死ぬ人がいる。病気にかかった修行僧の中には、良い看病を受けないために死ぬ者もいるが、反対

に良い看病を受けたために治る者もいる。したがって、病人に対して良い看病を行わなくてはいけない。病人をできる限り安心させるには、自分の命を投げ出す気持ちで看病をしなければならないと釈迦は言っています。

釈迦のこの言葉は、まさに看病（ケア）には病人を安心させて、回復させる力があることを指しています。そしてそのような良い看病は、自分の命を投げ出す気持ちでしなくてはならないと言っています。釈迦の表現は大袈裟に思えるかもしれませんが、私は看護者がケアにそれほどのコミットメントをしてくる、患者を安心させる信頼関係を築いて、ケアによって病人の命を助けることができるのではないかと考えます、釈迦の言葉は、ケアの本質を言い表していると思います。

■わが国最初の看護に関する書物

日本では、1240年頃の鎌倉時代に、かな書きによる我が国最初の看護に関する書物である「看病用心鈔」が著されています。これはホスピスケアについて書かれた書物と言われています。そこに書かれているホスピスケアの方法は次のようなものです。病室には病人を刺激する物は置かない。お香をたいて花を飾って、清潔に、安静にさせる。看病人は線香で時間を計って、公平に休息をとることが望ましい。病気が重くないからといって油断することは禁物で、片時も病人から目を離してはいけません。寝るときも病人の側で、呼吸の音が聞こえるぐらいの距離にいないといけない。日が暮れたら仏を拝ませ、灯火を明るくして、病人の顔色をよく見なければ、夜中に急に悪くなることがあるから注意するべきである。見舞い客は親しい人でもなるべく病人の側に近づけず、騒がしい者、汚らしいものは近づけてはならない。看病人は3人が限度で、手のかかる重病人の場合は、4、5人は必要である。

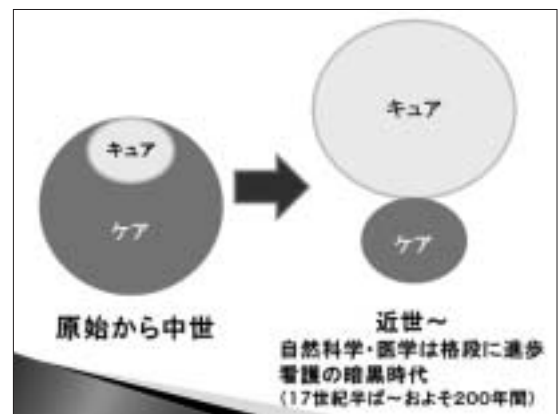
これは、重症患者のケアとして、現在でも十分に通用することで、特にケア提供者の休息や配置人数などにも言及しているのは興味深い。

■医学の発展に伴うケア

人類が出現してから中世までは、病気や障害をもった人たちに対しては、養生とか世話、ケアと

いうことが中心となって、その中に薬を投与するといった治療行為が含まれていました。医学の知識や診断・治療技術が発展していない当時は、病気の治療はケア中心だったわけです。

しかし、近世になると、自然科学の急速な発展に伴い、医学の知識や治療技術が目覚しく進歩しました。それによって、今までのケア中心の医療からキュアが主体となって、医療においてケアとキュアが区別されるようになりました。スライドの図はその変化を表しています。



一方でケアは、1880年代のナイチンゲールが登場するまでの約200年間くらいが暗黒時代と言われて、ほとんど発展しませんでした。アーユルヴェーダや看病用心抄などの記述にあったように、病人の苦痛を癒したり、感染を防いだり、免疫力を高めたりするケアの技術がありながら、発展させることができずにケアの暗黒時代となってしまいました。

■医学、看護学からみたケアの位置づけ

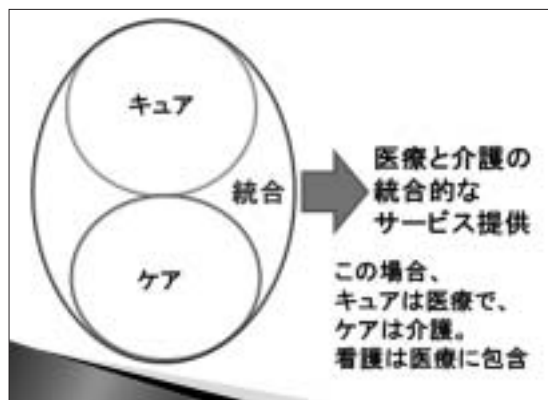
これも面白いことですが、医師たちが医聖として尊敬しているヒポクラテスと、私たち看護職が近代看護の祖として尊敬しているナイチンゲールが同じことを言っています。ヒポクラテスとナイチンゲールは時代がずいぶん違うのですが、主張がほぼ同じというのはキュアとケアの関係を考える上で非常に興味深い現象です。

ヒポクラテスは、環境を含めて病人全体を対象として治療をすること、治療法の中心は食事で、その他の細かな配慮に基づく養生法であり、養生法に注意を怠らなければ、自然治癒力が発動して病気は回復に向かうと言っています。この自然治癒力をヒポクラテスは「人の本性」と呼んでいます。

ナイチンゲールは、改めて言うまでもありませんが、人間自身に備わっている自然治癒力を引き出す、強めていくことが看護であると言っています。病室の換気、暖かさ、清潔さ、そして食事を改善していくことにより、患者の死亡率を42.7%から2.2%に改善し、看護によって患者が回復することを証明しました。釈迦の教えをまさに実証したとも言えます。ヒポクラテスとナイチンゲールの主張が同じであることから、ケアはキュアを包含する大きな概念と考えられます。

■看護の位置づけ

今、地域包括ケアシステムの構築という政策が打ち出されてから、医療と介護の総合的なサービス提供ということが盛んに言われています。私はこれにいつも「ん？」と疑問を感じます。介護が世の中に浸透してきてから、ケアは介護で、ケアワーカーというと介護職を指し、マスコミや行政の政策にしても、医療と介護という表現がほとんどです。これは、医療はキュアで介護がケアという区別を示していると言えます。歴史的にも、学問的にも、実践においても、マンパワー的にもケアの担い手である看護は医療の中に包含されてしまっていて、だんだん見えなくなってきているように感じます。



医療と介護を別々にではなく、統合したサービスとして提供していかななくてはならないということが、地域包括ケアシステム、シームレスな医療、入院医療から在宅医療への転換、治す医療から治し支える医療への転換などという政策で言い表わされるのは、医療保険制度と介護保険制度という2つの制度の存在から考えて理解はできますが、看護はどこに位置付くのかと思ってしまいます。



これは地域包括ケアシステムを説明する図ですが、この図の中に看護という言葉が使われているのは、目を皿のようにして探さないといけないくらいです。地域包括ケアシステムの構築においては、訪問看護が要となり重要であるとか、これからの超高齢化社会を支えるには看護の力が必要だとよく言われます。古くは、1990年代の終わりには、来る高齢化社会を見据えて、21世紀は看護の時代、ケアの時代だと言われてきましたし、我々もそう主張してきました。しかし、様々な医療保険制度改革や政策などを見ると、看護がその重要性・必要性に応じて制度改革にどこまで、どのように盛り込まれているのか分からないくらいの扱いように感じられます。図の右上の「介護が必要になったら」という「介護」の部分の在宅系サービスの下に、訪問看護という言葉が入っています。こういう図を見ると看護は医療の中にその一部として位置づけられていて、その存在が見えないようになっていることがよくわかります。

介護の発祥を見てみると、まず「介助」という言葉が最初に出てきて、介助の「介」と看護の「護」をくっつけて介護という言葉を作ったと言われてしています。これはインターネットで検索すると結構出てきます。

行政用語として、介護という言葉が使われたのは、結構古くて1963年の老人福祉法が初めてです。それ以後、高齢者福祉政策の進展と共に介護がどんどん広まっていきました。最初は、高齢者の介護ということだったのですが、いまや介護の対象は、高齢者に限らず、障害者も含めて、身体的、精神的な健康の破綻で生活に支障をきたしている人々に広がってきています。

看護はマンパワーも機能や役割も病院の中に集中していて、地域で看護を提供する体制が手薄であったため、介護が地域の中に定着していくと、「医療と介護」という二分化の中で、本来古くからケアの担い手であった看護は、医療に括られています見えなくなってしまうように思います。テレビや新聞でも「医療と介護」という表現は頻繁に出てきますが、「看護」という言葉を聞くことは非常に稀だと思います。ケアのプロフェッションとして、このことどう考えていけば良いのでしょうか。

介護保険制度は、長期入院を余儀なくされ、病院が生活の場となっている高齢者の社会的入院という状況を解消することを目的に作られました。他方、在宅で家族が高齢者のケアを担うことの負担が様々な社会的問題を引き起こしていた状況もあり、ケアを社会化するという高邁な理念から作られた制度でもあります。ちなみに介護保険制度がスタートした2000年の高齢化率はまだ17.3%でした。2000年以降の看護は、介護保険制度がスタートしたことによって、その影響を様々に受けてきています。

介護は医療とは切り離れた制度として、高齢者のケアを社会全体で支え合う仕組みとして構築されました。この時に介護の特徴として強調されたのは、介護は高齢者の自立を支援することを理念とし、ただ世話をするだけではないということ、そのため、「あてがわれるサービス」ではなくて、利用者が自らサービスの種類、あるいは事業者を選んで利用するという利用者主体のサービス提供であるということでした。

■2000年以降の看護

| 病院 | 平均在院日数(日) | | 増減 |
|-------------------|-----------|-------|-------|
| | 2000年 | 2015年 | |
| 全病床 | 39.1 | 29.1 | -10.0 |
| 精神病床 | 376.5 | 274.7 | -45.9 |
| 感染症病床 | 9.3 | 8.2 | -1.1 |
| 結核病床 | 96.2 | 67.3 | -28.9 |
| 療養病床 | — | 158.2 | — |
| 一般病床 | 30.4 | 16.5 | -13.9 |
| 介護療養病床 (2006年) | 268.6 | 315.5 | +46.9 |

2000年以降、介護保険制度ができたことと医療費抑制政策によって、病院の平均在院日数はかなり減少しました。

2000年は病院の全病床の平均在院日数は39日でしたが、2015年は29日で、15年間で10日間の短縮となっています。特に一般病床の平均在院日数は、30日から16日へ半減しています。精神病床も結核病床も減っています。これは医療費抑制政策の影響を強く受けた結果ですが、地域に介護サービスを提供できる介護保険施設などの受け皿が整備されたことも関係していると思います。しかし一方で、介護療養病床の平均在院日数は増加していることから考えると、一般病床から退院する人たちが自分の望む所に退院できているということでもなく、療養病床に移動しているだけという事態になっていると考えられます。

診療報酬で7対1入院基本料ができるまでは、看護師の人員が増えないままに平均在院日数だけが短縮していたため、看護師の負担は相当なものだったと思われます。2014年の診療報酬改定時から、7対1入院基本料を算定する病床が増えすぎたという理由で、「重症度、医療・看護必要度」を評価ツールとした算定条件を設定して、7対1病床の絞り込みが進められています。

そもそも看護必要度は、看護の必要量にに応じて適切な人員配置をしようという意図で開発されたもので、現在のように人員の足切りの評価ツールになってしまっているのは残念なことである。現在の臨床現場は、7対1入院基本料を算定するために、「重症度、医療・看護必要度」のチェックに多くの時間と労力を割いています。その結果、看護者の忙しさが増している状況です。このことは、病院からケアが失われている要因の一つになっているのではないのでしょうか。

■退院調整から退院支援へ

次に、2000年以降の看護の大きな変化と言えることに、退院調整や退院支援と呼ばれるサービスの提供が盛んになったということがあります。これも入院日数を短縮し、病院から地域へ切れ目のないシームレスな医療を提供するとい

う政策の結果生じた現象と言えます。また、病床を超急性期、急性期、回復期、慢性期と機能分化するという政策によるものでもあります。入院期間をできるだけ短くし、病院から地域へスムーズに療養を継続していけることは、多くの患者にとって有益なことです。特に認知症や廃用性症候群のリスクが高い高齢患者にとってはなおさらです。高齢患者は多重の課題を抱えており、自宅へのスムーズな退院が困難なことも多く、病棟の看護師の関わりだけではなく、特別な退院調整や支援が必要であるのは理解できます。

しかし、実際には、急性期病床の都合や家族の意向で、患者の希望を無視するような退院が行われることもあり、高齢患者の退院をめぐる様々な課題があります。患者によっては、急性期から回復期、慢性期の病院を転々とし、最期は病院で亡くなるという場合も少なくありません。

たらい回しとも言えるような退院を避けつつ入院日数を短縮していくために、平成20年の診療報酬改訂時に初めて「退院調整加算」が設けられました。退院調整が診療報酬で評価された途端に、多くの病院が退院調整室などを設けて、退院推進に力を入れるようになり、退院調整の知識や技術の研修に看護師を積極的に参加させるようになりました。退院調整加算には、退院調整支援に関する部門を設置することと、そこに専従の看護師や社会福祉士を1名以上配置すること、入院早期に退院支援の必要性を評価すること、必要性が高い患者には具体的な支援計画をたてて、それに基づいて患者や家族に支援を行うということが施設基準や算定基準となっています。

平成28年診療報酬改定では、さらなる退院促進のために、「退院調整加算」を廃止して、新たに「退院支援加算」が新設されました。退院支援加算は、患者が納得して早期に住み慣れた地域で療養生活を継続できるように医療機関での退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携の推進を評価するものです。退院支援加算は1から3まで設定されており、それぞれ算定要件と施設基準が設けられています。例えば退院

支援加算1の施設基準には、退院支援部門を設置して、そこに経験豊富な看護師または社会福祉士を専従で1名以上配置することなどがあります。算定要件には、退院支援と地域連携業務に専従する退院支援職員を各病棟に専任で配置し、原則入院3日以内に患者の状況を把握して退院困難な要因を持つ患者を抽出することとか、入院7日以内に患者や家族と病状や退院後の生活について話し合い、退院支援計画を作成に着手することなどがあります。また、病棟に専従の退院新職員と退院支援部門の社会福祉士や看護師が共同してカンファレンスを実施すること、病棟に配置する退院支援業務に専従する看護師または社会福祉士は、2病棟に1人ずつを置くこととあります。その他にも、連携する医療機関や居宅サービス業者等の職員と定期的な面会を年3回程度開催することなどが算定の条件として決められています。

とにかく急性期病院からの早期の退院を促進しようという政策を強力に推し進めようとしています。患者の退院先は、必ずしも自宅ではなく、療養病床やあるいは特別養護老人ホームでも自宅への退院として扱われます。7対1入院基本料の施設基準に「在宅復帰率80%以上」があります。この時の退院先は、自宅以外に回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟居住系介護系施設等、有床診療所、療養病棟、介護保険福祉施設と幅広く設定されています。

7対1入院基本料を算定している急性期病床で、どうしても早期に退院できそうもない患者については、地域包括ケア病棟を設置してそこに退院させることができます。地域包括ケア病棟の看護師配置は13対1で、そこで60日までは入院し、退院のための準備や支援を行う仕組みができています。

急性期病院の看護師は、必死に退院支援をしますが、その時に本当に患者は幸せに退院しているのか、退院した先で、必要なケアを十分に受けられているのか、ケアや療養の継続ができているのかという退院支援の質が問題になってきます。

看護の観点から言えば、こんなにどんどん退院を促して、患者を病院から退院させていくに

も関わらず、それを引き受ける地域の看護力がまだまだ不十分で貧しいと思われます。

| | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 |
|----------|--------------|--------------|---------------|---------|
| 保健所 | 2,387 | 393 | 1,951 | 43 |
| 市町村 | 27,727(45.3) | 789 | 6,816 | 1,495 |
| 病院 | 5,500 | 23,592(61.8) | 821,300(93.0) | 141,488 |
| 診療所 | 10,419 | 10,180(26.5) | 188,179(16.0) | 127,988 |
| 助産所 | | 1,794(4.7) | | |
| 訪問看護ST | 279 | | 38,224(3.2) | 3,913 |
| 介護老人保健施設 | 40 | | 23,743(2.0) | 22,642 |
| 社会福祉施設 | 512 | 26 | 16,327(1.4) | 10,156 |
| 介護老人福祉施設 | 46 | | 23,088(2.0) | 18,007 |
| 居宅サービス等 | 381 | | 28,938(2.5) | 28,054 |
| 養成所・研究機関 | 1,238 | 1,585 | 16,147 | 51 |
| 事業所 | 4,280 | 58 | 6,418 | 1,485 |
| その他 | 2,603 | 157 | 8,622 | 3,078 |
| 計 | 60,472 | 38,486 | 1,176,859 | 358,362 |

これは平成27年12月末の統計データです。これを見ると、訪問看護ステーションの就業看護師は38,220人。これは、全体の3.2%にしかすぎません。看護師のほとんどが病院あるいは診療所に就業し、病院が約70%、診療所が16%くらいです。訪問看護ステーションは准看護師も含めると、4万人を越えていますが、それでも全体からみれば、まだまだ少ないです。特に医療依存度が高い人の退院は、退院先の自宅や老人介護施設等でも様々な医療的ケアが必要になります。病院がそのまま自宅に移動したかのような状態の患者も多くなってきています。

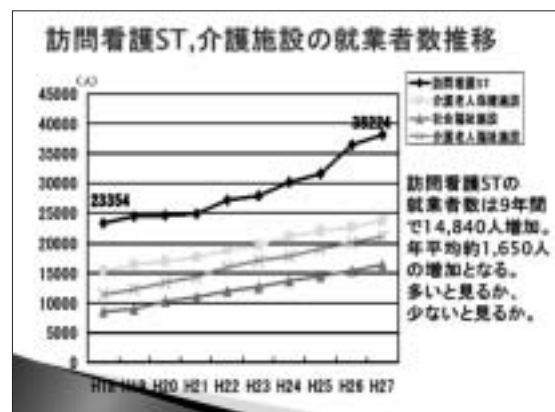
例えば、ALSの患者は、昔は病院に長く入院することができましたが、今は自宅療養を希望する人が増えていると聞きます。そうすると痰の吸引などは誰が引き受けるのでしょうか。たん吸引は診療の補助行為ですので、本来なら看護師しかできない業務です。しかし、訪問看護師の手が届かないので、介護福祉士やヘルパーの事業者が利用者と契約した上で実施することになりました。そこから今では痰吸引等を保健師助産師看護師法の規定に関わりなく、診療の補助としてできるようになりました。

看護師がキュアとして位置付けている診療の補助として業務独占していたものも、それはケアの一環として、今まではそういったことが出来なかった人たちが出来るようになっていっています。看護師や医師の少ない老健施設とか、介護施設、特養ホームなどでの医療的ケアは、地域の看護マンパワーの不足と医療と介護の制

度の問題によって、介護職に委ねられつつあります。私はこのような状況は看護の危機でないかと思います。



これは就業場所別の就業者数の推移ですが、保健師と助産師と看護師だけのデータですけれども、2006年から2015年までの間に、年平均で約35,000人増加しています。2006年から2015年の間の増加数が353,190人、保健所で働く保健師は15年間でわずか397人だけの増加です。市町村は約4,500人の増加です。しかし、病院は増加総数の60%を締める210,000人が増えています。診療所は68,000人、助産所は265人しか増えていません。訪問看護ステーションの就業者数は、約14,800人の増加です。介護3施設の介護老人保健施設と社会福祉施設と介護老人福祉施設を合わせた就業者数は26,175人増です。居宅サービスが12,000人で、地域の看護労働力である就業者を見ると、約15%の増加です。地域には、ケアを中心として、そこにキュアを融合して一体として提供できる看護職が圧倒的に足りないと思います。



これは介護三施設と訪問看護ステーションの就業者数の推移を図で分かりやすくしたものです。この図を見ていくと、増えてはいますが、増え方が十分ではないと思います。一方で、介護職の就業状況を見ると、介護保険制度がスタートした平成12年から24年までの12年間で、介護福祉士の登録者数は875,262人増えています。しかし、介護福祉士として仕事をしている人は、502,621人しか増えていません。介護福祉士の場合は、登録者数と従事者数に乖離があって、だいたい年平均、どの年でもですね、登録していても、ちゃんと働く人は6割くらいしかない。看護師も毎年約3万人が辞めていき、今は潜在看護師が約70万人くらいになっていると言われています。ケアを担う人材は、専門職であってもずっと働き続けるということが出来ないことが大きな課題だと思います。介護職員に占める介護福祉士の割合は36.7%しかなくて、多くの地域の介護はホームヘルパーさんに支えられているというのが実情であるわけです。地域における看護力をどうやって強化するかということが、私は一番、これからの超高齢化を支えていく課題なのかなと思っています。

■地域における看護力の強化

地域の看護力強化で最も大事なものは在宅看護を充実させることだと思います。介護保険制度が創設された時に、政府は全国に訪問看護ステーションを10,000カ所作る方針でした。日本看護協会も協会立の訪問看護ステーションを500カ所創設する事業を始めました。平成14年に訪問看護ステーション、病院・診療所からの訪問看護ステーション・訪問看護を含めて、約8,800カ所あった事業所が少しずつ減っていった、平成23年には約7,600カ所まで減りました。それが、診療報酬や介護報酬を訪問看護に手厚く配分する政策がとられたことによって、再度徐々に増えて、平成27年度までに約9,300カ所まで増えています。17年かけてやっと当初の目標に近づいてきました。

しかし一方で、訪問看護に従事する看護師はそんなに増えていません。訪問看護ステーションの就業者数は、全体の約3%に過ぎないので、

いかに訪問看護ステーションの事業規模が小さいかということです。零細企業のような状況で、住民や利用者のニーズに合わせて多様なケアサービスを提供しようと思っても、事業所の規模からいって難しいと思います。24時間体制でのサービス提供のニーズも高まっていますし、訪問看護ステーションの多機能化も推奨されています。しかし、これらのニーズに応え、地域のケアサービスの拠点として機能していくには、訪問看護ステーションの大規模化が必要です。

高知県は保健師駐在制の歴史が長く、その地域に暮らして、住民の健康維持・病気の予防から、病気や障害を持つ人々の療養支援などの活動を通して、地域を見守り、地域全体に目を向けて必要なケアを提供することによって、地域の人々の健康やその生活の維持や質の向上に貢献したという歴史がありますよね。駐在制は廃止されましたが、私は訪問看護ステーションをコミュニティの健康と生活を守る拠点にしてはどうかと考えています。看護の機能である健康の維持増進から病気の予防、病気からの回復、苦痛の緩和、看取りまで様々なケアニーズに対応できる訪問看護ステーションが、そのコミュニティに暮らす人々の健康と生活を支援し、同時にコミュニティのケア力を高めるような活動ができれば、それこそ看護の本領発揮となるのではないのでしょうか。そのためには、訪問看護ステーションは今のよう、居宅に訪問してケアを提供するだけではなくて、多様な機能を持てるようになることが不可欠です。訪問看護の場を自宅だけではなくて、終の住み処としている老健施設や老人ホーム、支援学級・学校などへもっと積極的に広げていく必要があります。これは制度の改革が必要です。

昨年の日本看護科学学会学術集会での会長講演で話しましたが、今全国に「まちの保健室」が増えてきています。「まちの保健室」は、阪神淡路大震災のあとで、仮設住宅で暮らす人たちの健康の維持や、病気の予防、慢性疾患を持つ人たちの悪化予防などのケアや相談・助言、住民の見守りや癒しなど健康に関するよろず相談所のような場として、神戸市を中心として兵庫県内に作られました。「まちの保健室」事業は、

兵庫県が財政支援をしたことによって兵庫県看護協会がマネジメントをして県全体に広がっていきましたが、全国にこのケアモデルが広がる場所まではいきませんでした。

現在は、都道府県に基金が配分されるようになり、それらの基金を財源にして地域ごとにその地域に見合ったケアサービスを提供できる仕組みが整ってきました。基金の影響もあると思いますが、全国に「暮らしの保健室」、「まちの保健室」、「みんなの保健室」という様々な呼び名の場が作られています。

また、コミュニティナースと称する看護職の養成が始められています。コミュニティナースは、地域に密着して、「地域の中で住民とパートナーシップを形成しながら、看護の専門性や知識を活かして活動する人材で、地域で中長期的に住民と関わることで健康的なまちづくりに貢献すること」を目指す人材です。コミュニティナースを養成するNPO法人が出来ています。このような活動は、今までは保健師が一定地域を担当して家庭訪問などをしながら地域に密着し、健康づくりの様々な活動をしていたと思います。人口の少子高齢化、健康格差の拡大、地域包括ケアシステムの構築といった政策変革活動などによって社会の健康課題も多様化、複雑化している中では、保健師だけでなく看護師による地域での健康づくり活動やケアの提供が不可欠になってきていると思います。コミュニティの人々のケアニーズを発掘して、必要なケアやサービスを創造して提供するという起業精神がこれからの地域看護では必要になると思います。地域によってヘルスケアニーズや健康課題は違います。決して一律ではありません。高知県と東京都では求められるケアサービスが違うのはもちろん、提供する体制も異なっています。恐らく、高知県内でも違いがあると思います。だからこそ、地域に密着した生活の場で、必要なケアを丁寧に提供できる仕組みやケアモデルを構築することが重要です。75歳以上の高齢者世帯には定期的に看護師が訪問するといったことも、最期まで健康に過ごせるよう生活の質を維持したり、人生の最期に向けての様々な意思決定を支援したりといった観点からのケアモデルとして

必要かもしれません。このあいだ九州で洪水が起こって、大分県か福岡県の朝倉町かどこかの世帯数と人口が報道されましたが、そこは1世帯1.2人でした。これはそこの住民のほとんどが一人暮らしということで、ちょっと驚きました。こういう場所で、訪問看護ステーションがコミュニティの拠点となって、サービスを提供できるというのにはと思いました。これを実現するには、法律の整備をはじめとして、いろいろとやるべきことが多々あります。

一つの訪問看護ステーションの担当地域の範囲をどう設定するか。小学校区なのか中学校区でいいのか、世帯数で考えるのか、そこで暮らす住民の数で決めるのかなどいろいろな考え方があると思います。訪問看護ステーションが拠点になって、病気の悪化予防とか、実際に今、療養が必要な人にそのサービスを提供したり、家族も含めた健康の管理、相談機能、いろいろなケアサービスを住民と密着したところで提供できます。いわゆるヘンダーソンが言う健康の維持増進から看取りまで、幅広い看護の範囲をカバーするようなサービスを統合的に提供する拠点として訪問看護ステーションを明確に位置づけていったら良いのではないかと思います。

そのためには、まずは訪問看護の指示書は撤廃すべきではないでしょうか。訪問看護制度が始まって20年以上経ちましたが、いつまで訪問看護をするのに医師の指示書が必要という制度を維持していくのでしょうか。緊急的に集中して治療をする必要がなくなったから退院して、自宅で療養を継続する人は、生活の質を維持していくためのケアを必要としているので、医師の指示書は何のために必要なのでしょう。

それから診療報酬や介護報酬の仕組みも改革していく必要があると思います。診療報酬で言えば訪問看護に分配されている国民医療費は、全体の0.2～0.3%くらいです。今の、そしてこれからの日本の財政状況を考えると、国民医療費をこれ以上増やす政策は取れないでしょう。資源としての医療費が増えない中では、その資源配分が重要で、疾病予防や悪化予防、疾患管理、生活の質の向上・維持、看取りなどが重要になってくる時に、医療費という資源の配分に

ついてステークホルダー間での議論が必要です。訪問看護は入院医療より安価にできるわけでもありません。入院期間の短縮、病床の削減、自宅での死亡割合を増やすと言った政策を実現するのに、訪問看護への資源配分をもっと多くする必要があります。今、介護報酬でも診療報酬でも、看護に関して言えば、加算、加算の積み上げですごく複雑な仕組みになっています。訪問看護ステーションを経営における事務的業務の複雑さ、煩雑さは大変なものようです。訪問看護の報酬のあり方に包括支払い方式を導入するということも有効ではないでしょうか。例えば、がんの末期患者の看取りをする時に、1ヶ月いくらといった包括支払い方式にすると、その範囲の中で訪問看護師が患者のニーズや状態に合わせて計画的に、自由性を持ってプランを立てて実践できるのではないのでしょうか。加算を取るには、算定要件が付いているので、大抵は訪問の回数や時間が制限されます。しかし、患者の容体によっては、1週間に何回か集中して訪問する必要もあります。それが今は看護師の判断で自由に出来ないのも、規定の回数以上訪問したけれど、報酬で評価されるのはそのうちの1回だけなどという場合も出てきます。包括支払い方式の場合、その価格をどう決めるかは重要で、根拠となるデータが必要です。このような根拠データを探求してくれる研究者はいないのでしょうか。ビックデータなどの分析で、できないのでしょうか。

もう一つ、地域の看護力を強化していくのに必要なことが、ナースプラクティショナーの育成とそれを普及させていくことです。専門看護師制度が1996年に発足してから20年が経っていますが、その間専門看護師は約1,800人しか排出されていません。もちろん、修士課程の数も徐々に増えてきているので、増加の仕方が緩やかということは理解できますが、現在の専門看護師コースの定員数や応募者が少ないことも問題ではないのでしょうか。発足した当初は病院の中での理解が不十分とか、何者だという目で見られる、専門看護師としての機能が果たせる環境ではないという不満があったと思いますが、それは20年経った今でも続いているようです。専門

看護師は、病院の看護の質を向上させていくことに貢献する看護職のリソースということで創設されましたが、これからは地域の看護力の強化ということで、ナースプラクティショナーの養成と普及に積極的に取り組む必要があると考えます。

ナースプラクティショナーを含めてですが、地域での看護力を強化していくための人材養成で言えば、私は基礎教育の段階から地域でのケア提供を意識して、思考する人材を意図的に養成していく必要があると考えます。昔は、病院での看護を経験しないと訪問看護が出来ないと言われて、まずは病院に就職することを教員が勧めていました。受け入れる訪問看護の現場でも、病院での看護経験を求めていましたが、今は、現場の方が新人看護師でも受け入れて、現場で育てるという意識に変わってきました。しかし、教育はそう簡単には変わらなくて、病院に入院している患者の看護を学ぶことが中心になっています。基礎教育の時から地域看護を志向する人材を育成していくことが、ナースプラクティショナーの養成と普及にも繋がっていくのではないかと思います。

地域の看護力の強化として、もう一つ重要なこととして外来看護を改革し、充実させていく必要があると思います。外来看護も一時期、看護師がそこにきちんと関わって、看護師が出来る相談業務とか、看護師の外来を開くとか、そういうことが進められつつあったんですが、7対1入院基本料の評価が始まった時に、外来の看護師を病棟に引き上げていくことで、外来の看護が停滞していったということがあります。しかし、外来というのは入院と違って、患者の生活の場の一部として位置づけられるべき所で、そこに患者がわざわざ通ってくるわけですから、そこでの患者との接触は、病気の悪化予防や病気と共存しつつ生活の質をどう高めていくかということを支援する大きな鍵になる場だと思います。病院の看護師が唯一患者の生活実態と触れることのできる場でもあります。

地域での看護力を高める方策として、地域でケアが必要とされる場を看護者自らが創造していくことも重要だと思います。グループホーム

や小規模多機能型の施設を看護師が管理者となって自分で経営したり、あるいは管理運営したりすることが必要ではないでしょうか。介護保険制度ができたことによって、看護師がそういうところでイニシアティブを取ってリーダーシップを発揮することが難しい状況ですが、こういうことも視野に入れていかないと、これから本格的な超高齢化社会になった時に、高齢者が本当に最期まで自分の望むところで、健康で安心して満足できる生活を送ることを支援するのは難しいと思います。

■地域の看護力強化の必要性

なぜ地域の看護力強化が必要かということですが、医療費の増大を止めるためには今後病床の機能分化はさらに強化されると思います。病床が整理されれば、急性期病院の入院期間をもっと短縮して病床稼働率を上げることが求められます。患者の立場からすると、入院した病院でよくなって退院できるまで面倒みてほしいと思います。入院先が変わることによって、高齢者は環境の変化にすぐに対応できないため、認知機能が低下する恐れがあります。移る病院は段々と看護者の配置が少ない病床になることや、入院期間が長引くことにより、廃用性症候群のリスクも高まります。そういうことを考えると病床機能の分化は効率的かもしれないが、患者にとってはよい制度なのかと思ってしまいます。地域における受け皿の整備が不十分なままでは、病床機能分化と入院期間短縮の政策はうまくいきません。そのための地域包括ケアシステムの構築を都道府県、市町村レベルで進めていくことが推奨されています。各都道府県の看護系大学の教員や看護管理者らが看護を明確に、具体的に組み込んだケアモデルを提示して、政策変革活動を実施することが、今、看護職がとるべき行動だと思います。既存のモデルに捉われず、新たなケアモデルの創造が必要だと思います。

2025年以降に本格的な超高齢化社会にあり、多くの人が亡くなる多死時代が訪れます。すでに日本の人口は減少していますが、現役世代人口の減少は社会保障制度の持続可能性を揺るがす要因となります。東京都はこれから最も高齢

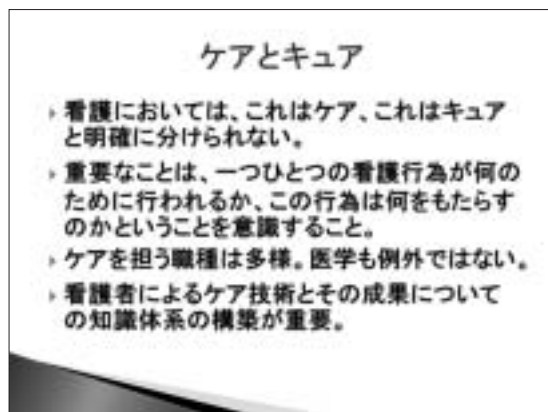
人口の増加数が多い都道府県になりますが、東京のように地価が高いところで、安い費用で入居できる施設を作るとは非常に困難です。施設でのケアも効率がよく重要ですが、私はやはりその人が望むところで、たとえそれが一人暮らしであっても、その人の望みを叶えるような支援をしたいと考えます。そのためには、訪問看護の充実是不可欠です。もちろん選択肢は多いほうが良いので、多様なサービス提供の場を用意するのは必要ですが、中心は訪問看護にしていきたいと思います。老健施設や老人ホームなどは、30～40年くらい経つと余って来るところも出てくると思います。

住み慣れたその人の自宅で最期まで支援が受けられる仕組みを構築することが一番効率的なのではないでしょうか。そこに金、物、人という資源が十分に投入されていないので、問題が起きるのではないのでしょうか。介護型の療養病床は、寝たきり老人を生み出し、患者の自立や尊厳が損なわれてしまう場になっています。高齢者が老化による老化による心身の機能低下をできるだけ予防し、生活の質を維持し、最期まで元気で暮らせるような看護の支援はどうすれば実現できるか、どんなケアモデルが考えられるか、重要な研究テーマだと思います。

平均寿命と健康寿命の乖離をなくすためには、「予防」という視点でのケアが重要です。介護保険制度も財源の枯渇によって、予防的な面である要支援のレベルのサービスが縮小されています。要支援の中のサービスには、現在の機能を維持し続けるために必要なものがたくさんあります。もしそのサービスを受けられなくなったら、機能が低下して要介護状態に移行する可能性もあるわけです。現状の状態を悪化させずに維持し続けることは、高齢者において極めて重要であり、そのために必要なサービス提供はなくてはならないと思います。

私たちはよく患者の持つ潜在的な力を引き出すとか、セルフケアを援助するとか、自己管理能力を高めていくとか言いますが、じゃあ成果を上げていくための方法論、働きかけ論を本当にちゃんと持っているだろうかということも真摯に問う必要があります。高齢者人口は数十年

後にはいずれ減少していくので、施設でのケアよりも在宅でのケア提供体制を充実させていく方が、長い目で見ると効率的な考え方であると思います。また、地域でのケアは、病院よりももっと看護者の自律性を必要とするところです。地域看護を強化する際に忘れてならないのは、看護師の看護ケア提供に対する自律性の確保です。看護師の自律性は専門職として当然の行動ですが、今はむしろ自律性がなくなりつつあるのではないかという危惧を覚えます。看護者としての自律性をどうやって育成していくのかということは、看護教育現場にとって大きな課題ではないでしょうか。



最後にケアとキュアについて話したいと思います。私は看護において、これはケアだとか、これはキュアだとかは明確には分けられないと思っています。ケアとキュアはいつも統合的に行われていて、その全体が看護なのだと思います。薬物や手術などによる治療は患者の病気の回復のための行為ですが、看護者はケアによって病気の回復と生活の質の維持向上を実現します。看護師は患者に薬を投与しますし、術後の傷の処置もします。治療行為をしている時でも看護者はそれを治療として行っているわけではなく看護援助行為として行っています。

ケアを担う職種として介護職が創設されました。看護と介護の区別は現在ではますますつけにくくなっています。今までは、看護と介護を区別する根拠が、医行為ができるかどうかということでした。しかし今では、介護福祉士やヘルパーが、たんの吸引等の医行為を診療の補助として、業として出来ることになりました。も

ともと家事援助、身体介護、生活支援といういわゆる療養上の世話については介護と看護の区別はほとんどなかったので、診療の補助も介護職ができることになれば、看護と介護は同じということになります。

看護は長い歴史の中で、ケアや援助の知識・技術を蓄積してきているし、研究も発展してきているという点はかなりのアドバンテージだと思います。ケアを担う職種は確実に多様化してきています。医師でもケアを意識して実践している人も増えています。医師が精神的なケアとして入院患者を意図的に訪問して、患者の話を傾聴しようとする医師もいます。まさに緩和ケアの分野は学際的なケアサイエンスになっていると思います。ケアを担う職種が多様化する中で、では看護はケアのプロフェッションとして、どういう成果を出していくのかが問われているのだと思います。

看護学がケアの本質を探究し、具体的な看護実践として明示していくことが今まで以上に重要になっていると思います。私は、看護師の存在そのものがケアになるのではないかと考えていて、それをどのように明らかにしていけるかということに関心を持っています。そういうことをどうやって、論理的に科学的に説明して、看護のケア技術として明確にしていくかということは、ここにいらっしゃる若い人たちが、研究を重ねて達成していただけたらと思って期待しています。社会や人々が必要としているケアの形は、その時代によって、また社会の状況によって違うと思います。これからの日本の社会で必要とされているケアは何か、そのケアを実現するための方策を、専門知識や技術の側面からだけではなく、制度や政策、世論といった面からも考えて立てていくことが重要です。頭の柔軟な若い人たちは、既存の価値観にとらわれずに、是非新しいケアモデルを創造していただきたいと思います。

雑多な話で、まとまりがなかったかもしれませんが、これで私の話を終わらせていただきたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。